APPENDICITE

ET

TRAUMATISME

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 25 janvier 1908

PAR

A. GASSEND

Né le 9 septembre 1879, à Digne (Basses-Alpes)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER
IMPRIMERIE GUSTAVE FIRMIN, MONTANE ET SICARDI
Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) . . . . Doyen
SARDA . . . . Assesseur

Professeurs

Clinique médicale . . . . MM.	GRASSET (*)
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale. . . .	HAMELIN (*)
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*)
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*)
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Opérations et appareils	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales . .	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : M. de ROUVILLE, PUECH
Doyen honoraire : M. VIALLETON
Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT
M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées MM.	VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards. .	VIRES, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	de ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEIRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire.*

Examinateurs de la Thèse

MM. TÉDENAT (*), *président.*	MM. VIRES, *agrégé.*
SARDA, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Faible témoignage de ma profonde reconnaissance.

A MON FRÈRE ET A MA SŒUR

A MA FAMILLE

MEIS ET AMICIS

A. GASSEND.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR TÉDENAT

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOUBEIRAN

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A. GASSEND.

INTRODUCTION

On s'est préoccupé de tout temps de savoir quel rapport pouvait exister entre le traumatisme et les affections que celui-ci pouvait déterminer, mais cette question a pris beaucoup plus d'importance depuis la promulgation de la loi sur les accidents du travail. On s'est efforcé dans la majorité des cas de démontrer que le traumatisme était bien la cause de l'apparition de tous les phénomènes morbides ; mais à côté de cette question on s'est demandé si ce traumatisme ne venait pas simplement comme une cause occasionnelle réveiller une maladie latente qui jusque-là était passée inaperçue.

M. le professeur-agrégé Soubeyran ayant eu l'occasion d'opérer un malade ayant reçu un choc violent dans la fosse iliaque droite, choc ayant déterminé une perforation de l'appendice, nous a chargé d'étudier quel pouvait être le rapport entre l'appendicite et le traumatisme et quelles conclusions on pouvait en tirer au point de vue médico-légal.

Par traumatisme il faut entendre non seulement un coup sur l'abdomen, une chute, mais encore tout effort violent, comme l'action de soulever un poids, de danser, de sauter, les exercices gymnastiques, une marche forcée. Talamon, à qui nous empruntons cette définition, ajoute : Il n'est pas rare de voir cette cause associée aux troubles digestifs.

C'est ainsi qu'on voit, dans un certain nombre d'observations, le début de l'appendicite coïncider avec une fatigue ou un exercice violent venant troubler les premières heures de la digestion.

Avant de commencer notre travail, il nous est un devoir bien doux à remplir, c'est de remercier tous ceux qui furent nos maîtres dans l'enseignement médical à Lyon et à Montpellier. Nous remercions tout particulièrement M. le professeur-agrégé Soubeiran, non seulement pour l'honneur qu'il nous a fait en nous donnant le sujet de notre travail mais encore pour la sympathie qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner.

Que M. le professeur Tédenat reçoive ici l'hommage de notre profonde gratitude pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Que MM. Sarda, professeur de médecine légale, et Vires, professeur-agrégé, médecin de la clinique des vieillards, reçoivent nos remerciements pour la nouvelle preuve de bienveillance qu'ils nous donnent en participant à l'argumentation de notre travail.

Enfin que MM. les docteurs Romieu et Rebory, médecins de l'Hôpital de Digne, Véderine, médecin-major au 3me d'Infanterie, Damas, chirurgien départemental des Basses-Alpes, reçoivent l'assurance de notre profonde reconnaissance pour l'amabilité avec laquelle ils nous ont toujours reçu dans leurs services hospitaliers.

Nous ne saurions oublier aussi M. Vignard, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, qui a bien voulu nous répondre et nous adresser plusieurs observations inédites et personnelles.

APPENDICITE

ET

TRAUMATISME

HISTORIQUE

Les cas où l'évolution d'une appendicite a succédé à un traumatisme ne semblent pas très fréquents. On trouve peu de renseignements dans la littérature médicale et les observations sont peu nombreuses.

Stern rapporte deux statistiques : celle de Borchardt où il note trois cas d'appendicite traumatique sur 150, et celle de l'armée prussienne pendant les années 1893-1894 portant sur 533 appendicites. Dans ces nombreux cas, 13 fois la crise avait paru provoquée par un choc sur l'abdomen et 17 fois par un saut, un effort ou un autre accident, mais sans contusion directe.

En 1900, Neumann rapporte 152 cas d'appendicite et sur ces nombreux cas, dix fois le traumatisme coïncidait avec la première crise et semblait, par suite, avoir déterminé l'affection. Sauf dans un cas, il s'agissait d'appendicites calculeuses. Neumann en tirait cette conclusion, qu'un appendice sain peut contenir un calcul et qu'un traumatisme direct ou indirect pouvait produire une

appendicite chez un individu sain. Ajoutons que Neumann considérait les appendicites calculeuses comme primitives.

Sonnenburg, en 1901, soutient que lorsque le traumatisme est suivi d'appendicite, il y a simple coïncidence ; d'après lui, l'appendice était déjà malade et le traumatisme n'agirait que comme une cause occasionnelle. Cette façon de voir lui semble d'autant plus exacte que le traumatisme est le plus souvent insignifiant et que, malgré cela, l'appendicite est presque toujours mortelle. Toutefois, le traumatisme exerce une certaine action sur l'appendicite, mais le *processus* qu'il provoque est subaigu et aboutit à une appendicite adhésive comme le prouve le cas suivant. Une femme reçoit un coup dans la région droite de l'abdomen. A l'ouverture de l'abdomen on trouve un appendice sain, mais adhérent au psoas iliaque et aux vaisseaux. On le résèque et en l'incisant on trouve une petite concrétion stercorale. La muqueuse épaissie présentait une petite exulcération et des lésions catarrhales insignifiantes. Pas de pus ni de mucosités. D'après lui, le traumatisme a probablement provoqué une petite hémorragie, avec formation d'adhérences qui ont fixé le sommet de l'appendice. Celui-ci ne se vidant plus convenablement, il y a eu une inflammation secondaire catarrhale très légère de la muqueuse.

En 1902, Erdheim combattit les idées de Neumann, de même que Rinne et Henning en 1901. Erdheim disait : « l'appendice calculeux est un organe malade puisque, d'après notre conception actuelle de la pathogénie de l'appendicite, les calculs sont le produit de l'inflammation de la muqueuse appendiculaire » et « dans tous les cas où on a observé des symptômes d'appendicite immédiatement après un traumatisme, on a toujours trouvé soit

dans les antécédents, soit au cours de l'opération, la preuve que l'appendice était déjà malade avant l'accident ».

Southam, en 1905, insiste sur le rôle du calcul et de l'effort dans la rupture des adhérences chez un appendiculaire.

En parcourant les nombreuses thèses écrites en France sur l'appendicite, nous avons pu trouver quelques cas où le traumatisme était considéré comme ayant provoqué une crise d'appendicite. Ce sont les cas de Le Guern (obs. VI, VII), de Mlle Gordon (obs. XVI, XVII, XVIII, XIX, XX), de Dubarry (obs. XXII), de Chapon (obs. XXIII). Dans les traités classiques, nous trouvons les articles de Jalaguier, de Guinard, de Legueu, de Brun où le traumatisme est considéré quelquefois comme ayant provoqué une crise d'appendicite.

Deaver, se basant sur son expérience personnelle (1.400 cas d'appendicite) et sur les faits relatés dans la littérature médicale, estime qu'un traumatisme n'est pas susceptible d'occasionner une appendicite aiguë chez un sujet dont l'appendice est parfaitement sain. S'agit-il, au contraire, d'un appendice déjà enflammé, un coup violent ou une chute sur l'abdomen ou encore un effort avec contraction du muscle psoas iliaque, peuvent alors provoquer une poussée aiguë d'appendicite, mais seulement dans certaines conditions bien déterminées. Il en sera notamment ainsi dans les cas où l'on a affaire à un abcès latent ou à toute autre lésion pathologique du vermium, celui-ci étant situé, non pas profondément dans le bassin, mais dans le voisinage immédiat de la paroi abdominale antérieure. Une contraction violente du muscle psoas iliaque ne saurait guère être une cause directe d'une crise aiguë d'appendicite, à moins que l'appendice, atteint

d'inflammation chronique, ne fût intimement adhérent au péritoine qui recouvre le muscle en question.

Talamon cite la statistique de Fitz qui relève le traumatisme dans 10 o/o des cas.

Dans les ouvrages sur la pathologie des accidents du travail, nous trouvons peu de choses. Thoinot, Brouardel, Vibert rapportent des cas de sujets ayant reçu des contusions dans l'abdomen et dont ils firent l'autopsie, mais ils ne tirent aucune conclusion. Dans le traité récent de MM. Ollive et Le Meignen nous trouvons ces conclusions : « En réalité, il n'y a pas d'appendicites traumatiques ; mais il y a des appendicites aggravées par le traumatisme. »

Citons, enfin, le travail très documenté de MM. Jeanbrau et Anglada paru dans la *Revue de Chirurgie* et où ces auteurs, sans apporter d'observation nouvelle, concluent aussi que le traumatisme peut aggraver, mais non créer une appendicite.

OBSERVATIONS

Observation Première

(Due à l'obligeance de M. Soubeyran, professeur-agrégé à la Faculté de Médecine de Montpellier)

Appendicite foudroyante avec perforations appendiculaires, et péritonite suraiguë rapidement mortelle, chez un malade sain la veille, et ayant reçu un traumatisme abdominal.

Le 13 septembre 1902, je fus prié par M. Imbert, professeur-agrégé, remplaçant le professeur Forgue, d'aller d'urgence, dans l'après-midi, opérer un malade qui avait reçu un traumatisme abdominal, et chez lequel on craignait des lésions viscérales.

Histoire du malade. — Il s'agissait d'un infirmier, jouissant jusqu'alors d'une bonne santé et *n'ayant jamais souffert du ventre*, qui la veille, le 12 septembre, en se battant avec un de ses collègues, avait heurté, avec assez de force, une table dont le rebord avait porté au niveau du flanc droit, occasionnant ainsi une contusion qui se traduisit par une assez vive douleur.

A la suite de cet accident le malade aurait dans la soirée uriné du sang, fait qu'il nous fut impossible de vérifier ; mais l'abdomen ne tarda pas à se gonfler, et des vomissements apparurent dans la nuit.

Examen du malade. – Au moment où nous arrivons à

l'hôpital, nous trouvons le malade avec le facies cerné et tiré ; la langue est sèche, l'intelligence intacte, les réponses sont précises. La température 37°5, le pouls 140 ; il est petit et mal frappé.

Le malade se plaint de douleurs généralisées à tout l'abdomen, mais siégeant surtout dans la fosse iliaque droite : il a des vomissements verdâtres très fréquents.

L'abdomen est ballonné, tendu, lisse, sillonné de veines. La palpation du ventre est assez bien supportée par le malade, et la douleur est surtout nette dans la fosse iliaque droite et dans l'hypocondre droit ; la percussion donne de la sonorité partout ; la région du rein droit ne nous révèle aucun signe.

Diagnostic. — En raison de la notion de traumatisme du flanc droit et de la présence (non vérifiée) de sang dans l'urine, nous pensons à une *contusion* de l'abdomen, ayant peut-être touché le rein, mais de plus, des signes évidents de *péritonite suraiguë* nous font admettre à coup sûr qu'il existe des lésions du côté du *viscère intestinal.*

Opération 13 septembre 1902. — Malgré l'état très alarmant du malade, nous décidons aussitôt d'intervenir, aidé par MM. Riche et Rimbaud.

Le malade est anesthésié, et nous pratiquons la laparotomie médiane sous-ombilicale. Dès que le péritoine est incisé il s'écoule un liquide d'odeur infecte, peu abondant, fécaloïde, et l'on pense aussitôt que l'idée de perforation intestinale est confirmée. Les anses intestinales sont distendues, énormes, rouges et enflammées, font irruption de l'abdomen et l'on a grand'peine à les contenir.

En se dirigeant vers la région iléo cœcale on s'aperçoit qu'à ce niveau les lésions sont maxima : il existe des fausses membranes nombreuses, l'intestin est violacé et de plus en plus vascularisé, avec, par places, des points

ecchymotiques ; le cœcum renferme des matières dures. Mais c'est l'*appendice* qui, à notre grand étonnement, présente des lésions importantes et qui donnent la clef de tous ces désordres : il est court, volumineux, gonflé, enflammé et porte deux perforations assez vastes (volume d'un pois), l'une près du sommet, l'autre à sa partie moyenne. Cet appendice est réséqué, le moignon est thermo-cautérisé et enfoui.

Le rein est palpé, il est intact ; enfin, il existe des *ganglions mésentériques très volumineux*, indice de l'intensité de l'infection appendiculaire et probablement des lésions antérieures de l'appendice.

Les autres parties du gros intestin et de l'intestin grêle sont reconnues intactes. L'épiploon, purulent et grisâtre, est réséqué. L'intestin est péniblement réduit et l'on ferme rapidement le ventre.

Suites. — Le malade continue à vomir ; il reste hypothermique ; le soir le pouls monte à 180 ; le sérum, la caféïne, l'ether, sont sans aucun effet. Il reprend cependant connaissance, mais la septicémie péritonéale continuant son œuvre, il meurt dans la nuit.

Réflexions. — Il s'agit donc d'un malade ayant reçu une contusion abdominale, et qui présenta à la suite, des signes de péritonite suraiguë, faisant penser à une perforation intestinale. L'opération montra qu'il s'agissait d'une *appendicite suraiguë*, avec perforations appendiculaires, ayant créé une septicémie péritonéale foudroyante.

On peut se demander :

1° Si le traumatisme a créé l'appendicite perforante de toutes pièces (le malade n'avait jamais souffert du ventre antérieurement).

2° Si ce traumatisme a précipité, aggravé, ou créé la perforation, chez une appendicite déjà existante.

3° Si le traumatisme et l'évolution suraiguë de cette appendicite sont indépendants et ne sont qu'une coïncidence fortuite.

Contre la première hypothèse nous avons l'existence de ces ganglions mésentériques très volumineux, le traumatisme somme toute peu intense, enfin, la situation profonde de l'appendice qui le met à l'abri.

Contre la seconde, nous avons les mêmes notions de traumatisme assez peu nettes, et nous croyons devoir nous ranger à la 3[me] hypothèse de la coïncidence fortuite.

Observation II

Chute sur l'abdomen. Lésions du côté de la hanche et du côté de la fosse iliaque droite

Malade vu à la consultation de chirurgie, le 14 janvier 1908, par M. le professeur agrégé Soubeyran

H..., portefaix à Cette, 35 ans.

Histoire. — Il y a trois mois, portant un poids de 50 kilos sur l'épaule, il tombe à plat ventre sur le sol et se plaint aussitôt de souffrir du côté de la fosse iliaque droite, sans gonflement ni vomissements. Il ne garda le lit, d'ailleurs, que 4 ou 5 jours. Il souffre depuis lors de cette fosse, du testicule droit qui, dit-il, s'est gonflé 15 jours après, et de la hanche droite, ainsi que du côté du sacrum.

Antécédents personnels nuls.

Examen. — On trouve :

1° Une orchyépididymite droite, mais le canal renferme une goutte, quoique le malade nie toute blennorrhagie. Cette orchite relève évidemment de la blennorrha-

gie, mais le traumatisme peut avoir été l'occasion de l'apparition de ce phénomène.

2° Le bord antérieur de l'os iliaque droit est un peu douloureux ; la hanche droite est douloureuse à la pression, les mouvements un peu gênés, il existe de l'ensellure lombaire faisant penser à une lésion inflammatoire chronique de la hanche.

3° Du côté de la fosse iliaque droite et dans la région du point de Mac Burney, il y a une certaine contracture musculaire et une douleur à la pression très nettement accusée par ce malade, qui répond bien à une lésion appendiculaire. Cependant l'interrogatoire montre qu'à aucun moment il n'y a eu de crises d'appendicite, qu'il n'existe qu'une douleur spontanée sourde et une douleur plus vive à la pression de la région. Il ne pourrait être question que d'une appendicite évoluant insidieusement et demandant le contrôle opératoire.

Observation III

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon

P..., Louis, 13 ans.

Parents bien portants, un frère rhumatisant ? Un mort à dix ans, de fièvre typhoïde. Bien portant. Nourri au sein par sa mère, a marché à 17 mois. Rougeole à 18 mois. A 3 ans fièvre typhoïde probable.

Il y a un mois, chute en courant, perte de connaissance ; rentre chez lui sans se plaindre du ventre, mais depuis ce moment, sa mère nous dit qu'il a perdu l'appétit.

Depuis trois jours, douleur du côté droit et grosseur du même côté. Vomissements alimentaires le premier jour,

bilieux le deuxième et troisième. Application de sangsues et de glace. Selle la veille de l'entrée.

Entre le 21 mai 1907. Grosse tuméfaction qui bombe sous la peau de la fosse iliaque droite.

21 mai. — Incision de Roux. Gros abcès limité formant tumeur près de l'ombilic, recouvert par un gros fragment d'épiploon. L'abcès est incisé. Il s'en échappe un pus grumuleux et fétide.

L'appendice est turgescent, ouvert à sa partie moyenne et encapuchonné par l'épiploon qui est venu s'appliquer tout autour de l'abcès situé en plein ventre. Résection. Drainage. Suites normales.

Observation IV

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon

Ch. Philippe, 6 ans. Mère bien portante. Père épileptique. 3 frères bien portants. Une sœur morte dans une crise convulsive à 16 mois.

Nourri au sein. Marche à 17 mois. Rien dans les antécédents.

Il y a 10 jours, l'enfant reçoit d'un camarade *un coup de pied dans le ventre*. 2 jours après, douleur aiguë dans l'abdomen, surtout à droite, avec vomissements.

Depuis 3 jours, douleurs vives à la miction. Depuis un jour on doit le sonder. Entre le 29 novembre 1907. Température 39°, langue suburrale, faciès anginé. Pouls 100. Ventre moyennement ballonné. Douleurs spontanées très vives, exagérées par la pression, surtout à droite. A ce niveau, masse profonde, indurée, sans fluctuation, paraissant descendre vers le bassin et se confondant avec le

globe vésical. Au toucher rectal on sent la vessie distendue et une masse inflammatoire à droite.

30 novembre. — L'enfant a continué à souffrir malgré la glace Il reste couché sur le dos, les cuisses fléchies Il n'urine pas spontanément Les urines sont claires, normales. Température 38°, langue sèche. Etat général moins satisfaisant.

Anesthésie générale. Les données de la palpation se précisent en restant les mêmes. Incision de Roux qui conduit directement sur le cœcum refoulé en avant et dont la paroi s'est épaissie. Immédiatement en dehors du cœcum on trouve un abcès contenant du pus d'odeur fécaloïde. On le vide avec l'aspirateur de Villard. L'abcès, très irrégulier, se prolonge un peu vers le bassin et surtout en arrière dans la profondeur de la fosse iliaque, où il envahit le muscle (pus rougeâtre caractéristique). On ne peut libérer le cœcum.

La recherche de l'appendice ramène simplement des débris sphacélés.

Gros drain verticalement. Mèches de gaze en haut, en dedans et en bas. Injection de sérum artificiel.

Amélioration très rapide. Actuellement, 28 décembre, la plaie se cicatrise et l'enfant va quitter le service.

Observation V

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. Vignard, chirurgien des hôpitaux de Lyon.

R... André-François, 8 ans.

Parents vivants. Deux frères et une sœur bien portants; nourri au sein par sa mère, a marché à 14 mois. Rougeole

à un an suivie de broncho pneumonie ; a toussé jusqu'à 7 ans.

Il y a trois semaines, chute à plat ventre. Le même jour nausées, sans vomissements.

Il y a quatre jours souffre de nouveau dans l'abdomen, surtout à droite. Vomissements alimentaires provoqués par une potion laudanisée. Purgation.

Entre le 22 décembre 1907. Ventre ballonné surtout dans la région épigastrique. On est obligé de sonder l'enfant qui n'urine pas.

Le jour suivant, le ballonnement diminue. T. 38°4. Pas de vomissements. Etat général bon. Pas de péristaltisme, toucher rectal négatif.

A droite, sur la largeur de la main, plastron qui ne présente pas de matité et qui se prolonge du côté de l'ombilic.

23 décembre. – Opération. Incision sur le bord externe du muscle droit. Le péritoine est libéré à ce niveau. En décollant le cœcum du côté externe on ouvre une poche purulente située en arrière de lui. L'appendice, extrêmement long, est accolé au cœcum (face postérieure), dans sa première partie, puis redescend vers le bassin. L'appendice présente un point de sphacèle à sa base sans perforation, au milieu d'une zone hyperhémiée qui correspond à une zone analogue du côté du cœcum. A ce niveau l'appendice se dépouille de sa séreuse et présente une surface tomenteuse qui, avant son décollement, est prise pour le cœcum lui-même et on pense un instant qu'il s'agit seulement de typhlite.

Résection de l'appendice à sa base. Drainage par des mèches du côté du péritoine sain et un drain vers le bassin. Ensuite l'enfant va bien, la température tombe de

38°9 à 37°2 les jours suivants, mais à partir du 1e jour on trouve des matières fécales dans le pansement.

Observation VI

In J. Le Guern. Thèse Paris, 1892; obs. 50.

Garçon 13 ans, ayant de temps en temps des maux de ventre. Il fait une chute. Le lendemain douleur intense dans tout l'abdomen et apparition d'une tumeur, comme un porte-plume, parallèle au Poupart.

Les jours suivants, mieux très notable. Le 6e jour, tumeur dans le flanc droit, profonde, non fluctuante. Diagnostic : appendicite avec abcès.

Opération. — Incision latérale ; appendice gros comme l'index, rouge, perforé, baignant dans le pus, renfermant un calcul. Il fut excisé. Tamponnement et drainage de la plaie. Guérison, 25 jours après l'opération.

Observation VII

In J. Le Guern. Obs. 85. Nancrède. Phila. Acad. Surgery. 1er octobre 1888.

F..., 17 ans. Après un effort, douleur vive dans la fosse iliaque droite, vomissements, superpurgation qui firent croire au choléra. Apaisement des symptômes, puis douleur à droite, fièvre, empâtement de la fosse iliaque droite, rétraction de la cuisse.

Laparotomie 48 heures après le début : péritonite avec flot de pus, surtout autour de l'appendice contenant un calcul et présentant une petite tache brunâtre. Ablation de l'appendice.

Observation VIII

Brun. In Traité Maladies de l'Enfance de Grancher, p. 109, t. V.

J'ai observé deux cas où les accidents étaient apparus nettement après un traumatisme (coup de pied dans la fosse iliaque droite) ; j'ai, chez ces deux enfants, trouvé l'appendice sectionné en son milieu et divisé en deux moitiés qui n'étaient plus reliées l'une à l'autre que par une mince languette de tissu sain.

Observation IX

Legueu. Œuvre médico-chirurgicale (Paris, mai 189'

Sur un de mes opérés, la relation du traumatisme et de l'appendicite était bien remarquable : un enfant reçoit un coup de pied dans le ventre et tombe par terre ; le lendemain, il est pris d'une douleur dans la fosse iliaque, de vomissements ; je le vois au cinquième jour : il était en pleine péritonite, l'appendice était perforé

Observation X

Aimé Guinard. *In* traité de Chirurgie (Le Dentu et Delbet, t. VII, p. 469)

... J'ai moi-même récemment enlevé à froid l'appendice d'un garçon de 18 ans, qui avait reçu, deux ans auparavant, un coup de pied de poulain dans la fosse iliaque droite ; il avait eu, depuis cette époque, trois crises d'ap-

pendicite et l'organe enlevé était rigide, turgescent, dur comme un crayon ; la muqueuse était boursouflée et piquetée de petites ecchymoses.

Observations XI, XII, XIII, XIV, XV

In Jeanbrau et Anglada. — *Revue chirurgic.*, *1907*, n° 7, p. 35-37.

Hume. — *British med. Journal*, 11 avril 1891.

H . Chocviolent au niveau du flanc droit par un wagon. Douleurs dans la région appendiculaire Après neuf mois pendant lesquels il y a de nombreuses récidives, laparotomie. On trouve un appendice épaissi, relié par de nombreuses adhérences à la vessie, à l'intestin grêle, au cœcum.

Körte. Statistique citée par Borchardt, Die Behandlung der Appendicitis. 1899.

H..., contusionné au niveau du flanc droit par un rail de chemin de fer ; symptômes d'appendicite. Laparotomie : appendice complètement gangrené.

Schottmuller. — Epityphlitis traumatica, 1900.

Garçon dix ans. Un brancard de voiture heurte sa fosse iliaque droite. Douleur très violente, symptômes de péritonite localisée. Laparotomie : appendice épaissi, nécrosé. Un calcul dans son intérieur.

Schottmuller.

Garçon, sept ans. Deux coups de pied dans la fosse iliaque droite. Douleur très violente le forçant à s'aliter.

Symptômes de pérityphlite. Laparotomie : Appendice épaissi, violacé, gangrené en un point. Perforation correspondant comme situation à un calcul ovale, dur, de couleur grise. Au centre du calcul, il y a un pépin « comme un œuf dans sa coque ». L'auteur admet que la nécrose de la muqueuse produite par le calcul était antérieure au traumatisme.

Southam. — *Lancet*, 1905.

Enfant 9 ans. Il reçoit des coups sur le ventre en se battant avec les camarades. Douleur dans la région de l'appendice avec vomissements. Laparotomie : appendice très enflammé, adhérences multiples, paroi amincie, en un point presque perforée ; à l'intérieur, des calculs.

Observation XVI

In thèse Mlle Gordon. Paris, 1896. Obs. 13

Appendicite perforante avec péritonite progressive purulente. Laparotomie médiane. Mort.

Emile St..., 8 ans, entré le 19 septembre 1895, décédé le 23 septembre. Pas d'antécédents.

Début le 18 septembre. L'enfant reçoit à midi d'un autre garçon un coup de pied sur la partie supérieure du côté droit de l'abdomen. Il rentre chez lui à 6 heures du soir et ne veut pas dîner. Vomissements 3 fois dans la nuit et quelques garde-robes qui auraient été noires. Le lendemain les vomissements continuent, mais il n'y a pas de garde-robes. Température peu élevée.

A l'entrée, on trouve le ventre douloureux, dur, sans

foyer localisé, les vomissements ont cessé et l'état général n'est pas très mauvais. A cause de l'absence des phénomènes locaux, on n'intervient pas. Opium et diète jusqu'au 22 septembre. Ce jour-là, l'enfant est pris vers 3 heures de l'après midi de vomissements bilieux fréquents et de douleurs abdominales très vives avec élévation de la température.

Laparotomie médiane le soir. On trouve et on draine une collection purulente dans la fosse iliaque droite. Sutures et pansement. Le 23, l'état s'aggrave et l'enfant meurt.

A l'autopsie, on trouve des adhérences multiples, petits abcès entre les anses intestinales, grosse collection dans le petit bassin qu'elle remplit et dans laquelle est l'appendice largement perforé en deux points. L'appendice est dirigé en haut derrière le cœcum et son méso termine son implantation sur la partie inférieure de la face antérieure du rein.

Observation XVII

In thèse Mlle Gordon. (Paris 1896. Obs. 57)

Appendicite perforante avec péritonite septique diffuse.

Laparotomie latérale. Mort.

Blanche Ch., 9 ans et demi, entrée le 1 mai 1896, décédée le 7 mai. Antécédents héréditaires, nuls. Antécédents personnels : rougeole et rhumatisme articulaire ; est sujette à des accès de migraine survenant habituellement tous les 15 jours. Début le 1er mai. L'enfant reçoit d'une de ses camarades un coup de poing dans le ventre. Dès le lendemain, l'abdomen devient douloureux, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, fièvre, ano-

rexie, insomnie, constipation. Cet état persiste jusqu'à l'entrée. A ce moment, l'état général est mauvais. T. 38°2, pouls 125, faible ; facies grippé, yeux excavés, nez pincé, langue sèche. Douleur et empâtement généralisé dans tout l'abdomen, même la région épigastrique est douloureuse. Sonorité au-dessus de l'ombilic, matité dans tout l'espace situé au-dessous d'une courbe passant par l'ombilic et les deux épines iliaques. Incision latérale. On arrive sur des fausses membranes verdâtres qui agglutinent l'épiploon et les anses intestinales. Le doigt, introduit dans l'abdomen, reconnaît que ces fausses membranes produisent des cloisonnements imparfaits, étendus très loin. Une poche purulente est vidée. Drain, pansement iodoformé. Examen du pus : coli-bacille et saprophytes nombreux. Mort dans la nuit du 6 mai. Pas d'autopsie, Mais en élargissant l'incision, on découvre l'appendice qui est perméable, violacé, et perforé à son extrémité libre. Dans l'intérieur, une concrétion fécale. Péritonite du petit bassin, adhérences et loges purulentes partout.

Observation XVIII

(*In* thèse Mlle Gordon, Paris, 1896, obs. 62)

Appendicite aiguë avec abcès péricæcal. — Laparotomie iliaque. — Guérison

Carl. E..., 6 ans, entré le 26 avril 1896, sorti le 14 juin.

Antécédents héréditaires.. — Père bacillaire.

L'enfant n'a pas fait de maladie, sauf une bronchite l'année dernière. Le 9 avril, chute sur une chaise et, à peu près vers cette époque, douleurs abdominales, au dire de la mère. Les douleurs, irradiées d'abord, se localisent finalement à la fosse iliaque droite et persistent jusqu'à l'entrée. A ce moment, T., 39°2; pouls un peu rapide,

mais plein et fort. L'abdomen est légèrement ballonné Douleur à la pression partout avec prédominance à droite. Empâtement et matité bien limitée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale. Quelques petits vomissements.

Incision comme pour la ligature de l'iliaque externe. Issue d'un flot de pus très fétide. Drainage. Examen du pus : coli-bacille et saprophytes. Le 14, plaie complètement cicatrisée. Exeat. Rentré de nouveau le 24 juin, l'abcès s'étant rouvert.

Pansement humide ; mais il persiste une petite fistule. Le 21 juillet, résection de l'appendice à froid Celui-ci, adhérent à l'épiploon, est volumineux, rouge, amputé au sommet. Il est perméable et contient un calcul. Suture en étages, pas de drain. Réunion par première intention. Exeat le 6 septembre.

Observation XIX

In thèse Mlle Gordon. Paris 1896. Obs. 75.

Appendicite perforante, aiguë, avec péritonite enkystée. Traitement médical. Appendicectomie à froid. Guérison rapide.

Eugène G..., 9 ans et demi, entré le 21 septembre 1896, sorti le 5 novembre. Enfant habituellement très bien portant, toutefois depuis un certain temps il mange bien vite, digère mal et vomit quelquefois après les repas.

Le début de la maladie remonte au 12 septembre. Ce jour-là, vers 4 heures du soir, en revenant d'une promenade, un camarade saute brusquement sur le dos de l'enfant et le renverse en arrière.

L'enfant ressent alors une douleur très vive dans l'aine droite.

Cette douleur se dissipe bientôt et l'enfant rentre chez

lui ne souffrant plus. Mais dans la nuit la douleur réapparaît. Elle est très violente et accompagnée de vomissements alimentaires. Elle persiste le reste de la nuit et le lendemain. Même état, anorexie et fièvre légère pendant les jours suivants. Un purgatif, administré le 17, provoque des vomissements répétés. A l'entrée le 21, l'enfant présente un état général assez satisfaisant. Pas de constipation. Température 37°6, pouls fort, régulier, langue un peu saburrale. A l'examen du ventre qui est légèrement tendu on constate dans la fosse iliaque droite une tumeur ovoïde, de la grosseur d'un œuf de poule, allongée dans le sens de l'arcade de Fallope et douloureuse à la pression. Matité à ce niveau. Le traitement médical institué dès ce jour est suivi d'une amélioration rapide. Le 11 octobre, après disparition complète de tous les phénomènes initiaux, l'appendicectomie est faite. Après l'incision iliaque on arrive sur l'épiploon, dont la pointe adhère dans la fosse iliaque droite. Cette adhérence conduit derrière l'angle iléo-cœcal et là se trouve l'appendice, plié sur lui-même, adhérent par sa pointe à l'épiploon et on le résèque. Réunion sans drainage. Guérison.

L'appendice, long de 8 centimètres et demi, est épaissi, replié sur lui-même, fusionné avec son méso et entouré de fausses membranes solides. Il est oblitéré au bout cœcal et largement amputé à l'extrémité libre. Pas de calcul.

Observation XX

In thèse Mlle Gordon. — Paris, 1896. Obs. 79

Appendicite perforante avec péritonite purulente généralisée.

Laparotomie iliaque. — Mort.

Maurice B..., 5 ans 1/2. Entré le 27 octobre 1896, décédé le 30 octobre. Pas d'antécédents pathologiques. Le début remonte à 4 jours. L'enfant est tombé sur un tas de pierres et s'est plaint dans la soirée du ventre. Les douleurs abdominales persistent. Constipation opiniâtre, anorexie complète, vomissements verts depuis 48 heures. Pas de température. Urines normales.

A l'entrée, on dénote à la palpation une douleur abdominale diffuse. Pas de météorisme. Langue blanche ; température 37°2 ; pouls petit, précipité.

L'état s'aggrave pendant les deux jours suivants. A ce moment, ventre ballonné et uniformément douloureux ; matité dans la fosse iliaque droite ; facies grippé. Température 38°3, pouls misérable, impossible à compter.

Laparotomie iliaque. Ouverture d'une vaste poche pleine d'un pus séreux. Pus dans le reste du ventre. *Mort.*

A l'autopsie on trouve l'appendice perméable sur toute sa longueur, présentant au niveau de son extrémité terminale dilatée, plusieurs perforations de la grosseur d'une tête d'épingle et des érosions multiples de la muqueuse. Dans sa cavité à l'union du tiers inférieur, il y a un volumineux calcul stercoral de forme allongée.

Observation XXI

Moty. — *Echo médical du Nord*, 21 janvier 1900, p. 31. Appendicite d'origine traumatique

B..., jeune soldat au 19e régiment de chasseurs ; entre à l'hôpital militaire de Lille le 10 décembre 1899. Renversé il y a 4 ans par un chariot de ferme en réparation qui lui tombe sur le flanc droit ; il reste alité un mois avec de la fièvre, sans vomissements ; depuis cette époque il conserve au même point une douleur vive s'exaspérant par la fatigue et l'obligeant de temps à autre à s'aliter. L'état général est assez bon, mais il y a de la douleur à la pression au point de Mac Burney et par le toucher rectal profond de la fosse iliaque droite.

La fixité du phénomène me décide à l'intervention. Le 16 décembre, chloroformisation, incision iliaque droite de 12 centimètres. En se portant à la partie inférieure du cœcum qui est tomenteux mais non adhérent, on sent un noyau dur constitué par l'appendice adhérent au côté externe du cœcum et replié sur lui-même par une coudure brusque placée au niveau de son dernier tiers. On réussit à libérer la base de l'appendice et à l'écraser entre les mors d'une pince ; une première ligature double au catgut est posée au point écrasé et une seconde un peu plus bas ; puis l'appendice est sectionné au thermocautère entre la pince en T et la deuxième ligature qui se détache sous l'action de la chaleur ; on libère ensuite, avec quelques difficultés, le méso complètement adhérent, on le lie au catgut et on le sectionne également au thermocautère ; puis on dégage le tout avec les doigts au

moyen de tensions douces, en posant une pince sur une artériole qui donne un peu; on résèque ensuite un paque épiploïque peu attiré, qui se présente dans la plaie ; on ébouillante les adhérences libérées et après hémostase complète par torsion des artérioles, on réunit par un triple surjet au catgut pour le péritoine, la paroi musculaire et l'aponévrose du grand oblique ; un drain moyen est laissé en rapport avec le foyer des adhérences et la peau suturée au crin de cheval.

L'appendice était complètement oblitéré au niveau de la coudure et très atrophié dans sa partie terminale ; il ne renfermait pas de corps étrangers.

Cette observation est un exemple d'appendicite d'origine traumatique apparente : je dis apparente car il n'est pas certain qu'il n'y eût pas au moment de la contusion une appendicite chronique latente, mais cette dernière condition est douteuse, tandis que le traumatisme est certain.

Il est à noter que les symptômes présentés par le malade à son entrée n'avaient rien de caractéristique et qu'il n'avait jamais présenté les symptômes classiques de l'appendicite aiguë.

Le malade sort de l'hôpital le 18 janvier. Interrogé à plusieurs reprises, il affirme n'avoir ressenti aucun trouble des voies digestives avant l'accident qui paraît avoir déterminé l'appendicite. Le terme d'appendicite d'origine traumatique est donc parfaitement justifié.

Observation XXII

(*In* Thèse Dubarry, Paris, 1901. Obs. 36)

K..., 31 ans, entre à l'hôpital le 20 octobre 1900 Il y a six mois première crise d'appendicite qui cède au traitement médical. Le 13 octobre, à la suite d'un traumatisme dans la région abdominale, les douleurs reviennent brusquement dans la fosse iliaque droite Peu de température, pas de réaction péritonéale. Pas de vomissements. Opération le 28 octobre. Analgésie à la cocaïne. Incision latérale : on rencontre un œdème considérable de la paroi et du tissu cellulaire sous-cutané. Le péritoine incisé, on tombe sur des anses intestinales rouges, dépolies, agglutinées par des fausses membranes. Les manœuvres faites pour rechercher l'appendice font évacuer plusieurs abcès de pus fétide. Ces abcès étaient précœcaux, siégeant surtout sur la face postérieure du cœcum. L'appendice est amené au dehors : il est du volume du petit doigt et gangrené sur toute sa longueur. Résection de l'appendice. Drainage. Suites opératoires normales. Le 13 novembre le malade quitte l'hôpital guéri.

Observation XXIII

In thèse Chapon. Paris, 1901. Obs. 35

Appendicite aiguë. — Perforation de l'appendice avec matières stercorales dans le péritoine. Péritonite généralisée où l'opération fut tardive. Mort.

Constant Og..., 29 ans. Entré le 21 juillet 1899, mort le 1er août.

En octobre 1898, crise d'appendicite avec vomissements, fièvre.

En janvier 1899, 2e crise, durée 4 jours, et depuis cette époque conserve un point épigastrique douloureux.

Le 19 juillet, en courant pour rejoindre un omnibus est pris brusquement d'une violente douleur dans la fosse iliaque droite; cependant il peut rentrer chez lui, mais cette douleur augmente pendant la nuit.

Le 21 juillet, il peut venir à pied à l'hôpital. Le faciès n'est point mauvais, les douleurs ont diminué, la fosse iliaque est empâtée, le ventre est sensible au toucher; température 38°4, pouls 108.

Le 26 juillet, état grave, l'opération est décidée.

Opérateur M. Poirier. — Appendice rétro cœcal peu volumineux, à parois épaisses, ne renferme pas de calcul mais présente une perforation.

Matières stercorales dans le péritoine qui est très congestionné ainsi que les anses grêles; aucune fausse membrane. Résection de l'appendice.

L'état reste grave et le malade meurt le 1er août.

Observation XXIV

Henning. — In Jeanbrau et Anglada. *Revue de Chirurgie*. 1907, n° 7. p. 30
Péritonite par perforation appendiculaire post-traumatique.

Un sous-officier n'ayant jamais été malade reçoit le 1er novembre 1903 dans la région épigastrique un coup de pied de cheval. Après une syncope de courte durée, il reprend son service. Il remonte à cheval le 4 novembre lorsqu'il éprouve de violentes douleurs avec point maximum dans la région traumatisée. Il entre à l'hôpital le lendemain avec des phénomènes de péritonite généralisée

On l'opère à sept heures du soir. Après avoir incisé un

hématome du grand droit, on trouve un appendice turgescent, violacé, accolé au psoas iliaque. Il a la grosseur d'un petit doigt et il est coudé sur lui-même à angle droit. Près de la partie sectionnée, on trouve une ulcération des dimensions d'un pfennig; dans la cavité appendiculaire il y a deux calculs de la grosseur d'un noyau de datte ; la muqueuse est amincie, gangrénée par places ; la tunique musculaire est très hypertrophiée. La sténose de la cavité appendiculaire, l'épaississement de la paroi indiquent bien une lésion ancienne et anatomiquement l'hésitation n'est plus permise, c'est un réveil d'appendicite. D'ailleurs en interrogeant ce sous-officier, il avoua qu'il était sujet à des maux de ventre, et qu'il avait souvent des périodes de diarrhée. Il donnait donc la preuve clinique d'une affection intestinale ancienne qui avait constitué peu à peu les lésions appendiculaires auxquelles l'accident avait donné un coup de fouet.

Nous trouvons enfin quelques observations qui n'ont pas grande valeur scientifique parce qu'elles ne contiennent pas de vérification opératoire ou nécropsique.

Dans la thèse de Mlle Gordon, Paris, 1896, page 39, nous trouvons les cas suivants :

Hoffmann, qui cite le cas d'une fillette de 8 ans chez laquelle une chute avait précédé la perforation.

Marsh, un garçon de 7 ans, mort d'une pérityphlite à la suite d'un coup sur le ventre.

Soltmann a vu une pérityphlite mortelle se produire immédiatement après des exercices de gymnastique.

Fabre raconte le cas d'une jeune enfant, qui, portant un lourd panier de linge, fut prise d'une douleur atroce au moment où elle le déposait par terre.

Tiplady cite le cas d'un enfant de 6 ans qui, en jouant, était monté sur le dos d'un camarade, quand celui-ci fit un faux pas et tomba en arrière. Symptômes d'appendicite perforante, grave.

Moriarta, garçon, 14 ans. Reçoit d'un ami un coup de pied dans le flanc droit. Le lendemain phénomènes d'appendicite. On résèque l'appendice et dans son intérieur on trouve une épingle dont la pointe avait perforé la paroi. Le garçon avoua qu'il avait avalé une épingle il y a un an. Cette dernière logeait donc dans l'appendice pendant tout le temps sans avoir provoqué de troubles jusqu'à ce que le traumatisme survînt.

Y A-T-IL UN RAPPORT DE CAUSE A EFFET ?

L'appendice iléo-cœcal est un organe essentiellement mobile. Le péritoine qui l'entoure complètement lui forme bien un méso-appendice ; mais ce méso, dans la grande majorité des cas, fixe seulement sa base au cœcum et à la portion terminale de l'iléon. Il n'empêche nullement le reste de l'organe d'osciller autour de sa base et d'obéir aux déplacements que les anses grêles voisines et le cœcum lui impriment sans cesse. De là la variabilité de la position de l'appendice par rapport au cœcum. Il peut être en effet ascendant, descendant, externe, interne.

Si l'appendice est d'ordinaire un organe des plus mobiles, il ne faut pas oublier cependant que cette mobilité peut faire défaut, soit à l'état normal, par suite d'une disposition spéciale du péritoine appendiculaire, soit le plus souvent à l'état pathologique, à la suite des poussées inflammatoires qui entraînent l'adhérence de l'appendice aux organes et aux parois de la loge cœcale.

Par ces simples données anatomiques, nous pouvons affirmer déjà qu'à l'état sain il est difficile que l'appendice soit lésé par un traumatisme. Un individu reçoit un choc violent dans la fosse iliaque droite. Toute la masse intestinale fuit devant ce choc et l'appendice normal fuit librement entre les anses intestinales qui l'enveloppent et qui amortissent le choc.

De nombreuses recherches expérimentales faites sur la pathogénie de l'appendicite, sont venues éclairer d'un jour précis les faits qui font le sujet de notre travail.

Roger et Josué firent quatre séries d'expériences sur le lapin. Dans une première série, ils faisaient une ligature de l'appendice et injectaient simultanément dans sa cavité une culture virulente d'un demi-centimètre cube de B. coli. Dans ce cas, l'appendice était transformé en une poche purulente et adhérait aux anses voisines. Dans une deuxième série, ils faisaient une ligature simple de l'appendice, qui était toujours transformée en pus.

Gervais de Rouville obtient deux fois des lésions appendiculaires par la ligature aseptique de l'appendice à sa base.

Beaussenat enfin, dans un grand nombre d'expériences, montre qu'il est possible de créer expérimentalement des appendicites. Dans une première série d'expériences, il fait simplement une ligature de l'appendice, et dans d'autres, il injecte des cultures de coli-bacille après ligature ou après traumatisme de l'appendice. Dans ce dernier cas, il injectait des quantités très fortes de culture quelques jours après le traumatisme, qui consistait soit en éraillure de la muqueuse, soit en comprimant l'appendice entre les doigts.

Que devons-nous conclure de ces nombreuses expériences ? D'abord, par le fait simple d'une ligature aseptique, les auteurs créaient un traumatisme et, par suite, rien de plus naturel que le développement d'une appendicite. A plus forte raison, il devait en être ainsi lorsqu'après le premier traumatisme on injectait une culture de coli-bacille, et il nous semble même que cette injection était par elle-même un nouveau traumatisme.

Ces expériences, qui sont venues jeter un jour nouveau

sur la pathogénie de l'appendicite, montrent encore comment, un traumatisme ayant créé une ulcération de la muqueuse, celle-ci peut s'enflammer s'il y a un apport microbien quelconque et créer, par suite, une appendicite.

A priori, ces expériences sur la pathogénie de l'appendicite plaideraient en faveur de l'admission du traumatisme au rang des causes de cette affection. Mais ces faits expérimentaux sont bien loin de ce que l'on peut voir en clinique.

En effet ces expériences ont été faites dans des conditions tout à fait particulières. On agissait directement sur l'appendice, après laparotomie et le traumatisme consistant en ligature de l'appendice, en éraillure de la muqueuse ou en froissement de l'appendice entre les doigts, ne peut être comparé à un traumatisme abdominal. Ces expériences prouvent surtout que chez un appendiculaire latent le traumatisme peut créer une porte d'entrée aux microbes, porte d'entrée qui sera créée d'autant plus facilement que la paroi de l'appendice aura été plus ou moins touchée par les poussées précédentes.

Il est donc très difficile en clinique, lorsqu'un traumatisme vient déterminer une appendicite, de démontrer que l'appendice était sain. Nous ne conclurons pas pour cela comme O. Kukula (de Prague) qui veut que presque tous les appendices soient atteints d'inflammation chronique. En effet, cet auteur, d'après l'examen de 10.000 coupes en série provenant de 141 appendices, dont 115 recueillis à l'autopsie et 22 extirpés dans les opérations d'appendicite aiguë ou chronique, tire les conclusions suivantes. « Presque tous les appendices de l'homme, ceux de la première enfance exceptés, sont atteints d'inflammation chronique et les appendicites aiguës montrent

également toujours des signes d'inflammation chronique. L'appendicite aiguë ou subaiguë n'est donc qu'une exacerbation de l'inflammation chronique ; l'appendicite chronique serait sous la dépendance de l'action toxique des matières fécaloïdes stagnant dans l'appendice. Ces inflammations chroniques restent, pour la grande majorité des cas, latentes pendant toute la vie. »

Dans la majorité des observations que nous publions, ce qui manque surtout ce sont les antécédents personnels du malade ou le compte rendu des opérations, ou les lésions remarquées à l'autopsie si le malade est mort de suite après le traumatisme. Si nous trouvions que l'appendice est augmenté de volume, qu'il apparaisse dilaté, turgescent, comme en érection, de la grosseur du petit doigt ou de l'index, ses parois épaissies, sa cavité élargie et remplie de mucus visqueux ou semi-purulent, que l'inflammation gagne rapidement toutes les diverses couches de l'organe et que des adhérences avec l'épiploon ou les organes voisins se soient produites, on pourrait avoir des doutes et croire que l'appendice était sain et que les lésions que nous venons de décrire sont dues au traumatisme. Les observations de Legueu, Guinard et Moty (obs. IX, X, XXI) pourraient à priori faire croire que le traumatisme a bien déterminé une appendicite. M. Legueu, dans la séance du 27 mars 1907 de la Société de chirurgie, apporte de nouveaux détails à son observation et conclut ainsi : « cette enfant n'avait pas eu de crises antérieures, malgré cela le traumatisme a réveillé un état latent et fait paraître à ce moment une crise qui se serait produite plus tard. » Dans l'observation de Guinard, nous n'avons pas de renseignements sur le passé pathologique du malade. Enfin dans l'observation de Moty, le malade n'est opéré que quatre ans après

l'accident. Il est bien extraordinaire qu'avec un traumatisme aussi violent que celui qu'avait reçu ce garçon de ferme des accidents aigus ne se soient pas déclarés sinon de suite après le traumatisme, du moins peu de jours après. Dans les observations de M. Vignard (III, IV, V) le rôle du trauma ne peut être affirmé, il y a du moins de fortes présomptions qu'il n'a pas été négligeable.

Dans les cas où plusieurs crises d'appendicite ont eu lieu avant le traumatisme, que s'est-il passé? L'appendice étant un organe intra-péritonéal, le péritoine participe presque toujours à l'infection appendiculaire : soit qu'une lésion perforante ou gangreneuse l'inocule gravement, soit que l'inflammation gagne la séreuse par la voie de la lymphangite interstitielle. Quand la séreuse est peu gravement infectée, la réaction péritonéale prend la forme adhésive ; des fausses membranes se déposent et s'organisent qui soudent les anses voisines, l'épiploon, la paroi, et forment, autour de l'appendice affecté, une zone de défense qui limitera les périls de la perforation si elle se produit. C'est la péritonite plastique, fibrineuse, qui peut se terminer par résolution, mais souvent dans ces adhérences l'infection persiste, prête à se réveiller sous forme de rechutes. L'appendice ainsi peut être amené dans des positions diverses, fixé même sous la paroi et peut être atteint par un choc sans lésions de la peau. En effet, que se passe-t-il? La peau échappe à la rupture non pas qu'elle surmonte par la force de ses fibres la violence extérieure, mais elle l'élude par le jeu de sa mobilité et de son extensibilité ; elle s'applique en quelque sorte à l'instrument vulnérant, fuit devant lui en se déplaçant ou en s'allongeant et, tout en conservant son intégrité, elle lui permet d'atteindre les organes plus profondément

situés. Si l'appendice est fixé par des adhérences ou s'il contient un calcul, on comprend que sous l'influence du choc des accidents pourront survenir. Les adhérences peuvent se rompre, tirailler sur l'organe, et réveiller une inflammation chronique qui peut déterminer une crise aiguë avec perforation. Dans les cas d'appendicite calculeuse, il peut y avoir éclatement de l'appendice distendu et à paroi amincie ou contusion de l'appendice sur le calcul, contusion produisant une ulcération de la muqueuse pouvant aboutir à la perforation secondaire.

Dans les cas où au lieu d'y avoir une contusion il y a simplement effort, le mécanisme est le même : il se produit des ruptures d'adhérences ou même la déchirure de la paroi appendiculaire amincie et fixée à un organe voisin.

Le traumatisme peut même porter en un point autre que la fosse iliaque droite et déterminer des phénomènes appendiculaires.

Il en est ainsi dans le cas rapporté par Delorme. Un soldat reçoit un coup de pied de cheval dans la région ombilicale. Symptômes de péritonite généralisée. Mort après laparotomie. A l'autopsie : intestin grêle indemne. A la base de l'appendice, perforation de 1 à 5 millimètres, à cet endroit la paroi est amincie. L'appendice est épaissi; turgescent, replié derrière le cæcum. A l'intérieur, calcul mou et friable. Delorme conclut ainsi : « L'appendice, dont la paroi était déjà amincie, altérée avant le traumatisme, a dû céder à la pression subite des gaz ou des liquides intestinaux brusquement propulsés de la cavité du gros ou du petit intestin dans son intérieur. »

D'après cette étude rapide nous pouvons donc conclure qu'il y a des appendicites aggravées par le traumatisme. Mais au point de vue médico-légal, quel sera le rapport de cause à effet. Pour cela, croyons nous, on devra se ba-

ser sur l'apparition des symptômes dans un délai plus ou moins rapproché. En effet, cliniquement, après un choc généralement violent sur le ventre, le patient ressent une vive douleur et dès les premières heures les symptômes de péritonite apparaissent.

VALEUR MÉDICO-LÉGALE AU POINT DE VUE DE LA LOI SUR LES ACCIDENTS DU TRAVAIL.

Depuis la promulgation de la loi de 1898, de nombreux jugements ont été rendus, les uns tenant compte du passé pathologique du malade, les autres ne s'en occupant pas.

C'est ainsi que nous trouvons un arrêt du Tribunal d'Orléans (8 août 1900) :

« L'indemnité fixée par la loi doit être accordée sans que le tribunal ait à rechercher s'il n'existait pas dans la constitution physique de la victime des motifs pouvant atténuer ou faire disparaître la responsabilité patronale. »

Ailleurs la Cour de Cassation (23 août 1902) :

« La détermination de l'indemnité dépend du salaire effectif de l'ouvrier blessé et des facultés de travail que lui laisse l'accident. L'état d'infirmité dans lequel la victime se trouvait avant l'accident importe peu au point de vue de la détermination de son état actuel. »

Le juge de paix du premier canton du Mans (4 mai 1900) juge ainsi :

« Le chef d'établissement doit être admis à prouver que l'incapacité de travail de la victime d'un accident est la conséquence de la maladie constitutionnelle dont l'ouvrier est atteint. »

De même la Cour de Bordeaux (18 décembre 1900) :

« Les incapacités résultant d'un vice de tempérament ou d'une maladie constitutionnelle dont la victime était atteinte antérieurement, ne donnent pas droit au bénéfice de la loi du 9 avril 1898. »

Quelles applications des jugements pouvons-nous faire en examinant le sujet de notre travail ?

Nous commencerons par dire que le traumatisme ne peut créer une appendicite chez un individu sain. Aucuns faits publiés dans la littérature médicale ne permettent de conclure autrement. Nous considérerons donc tous les sujets victimes d'un traumatisme comme étant des appendiculaires latents soit qu'ils aient eu des crises antérieures les ayant obligés à s'aliter, soit que les crises aient été légères sans déterminer des symptômes ayant attiré l'attention du malade.

1° Un ouvrier reçoit un traumatisme violent dans la fosse iliaque droite déterminant des phénomènes aigus d'appendicite.

Deux cas peuvent se présenter :

a) Il guérit. On ne lui devra qu'une indemnité temporaire.

b) Il meurt. S'il est marié, doit-on accorder une indemnité à sa veuve. Cet homme victime du traumatisme, et qui était un appendiculaire latent, était à la merci d'une poussée d'appendicite qui aurait pu déterminer les mêmes phénomènes que ceux qui se sont produits lorsqu'il a été victime du traumatisme, lequel n'a fait qu'avancer la mort. Il n'y a pas lieu dans ces conditions d'attribuer à la veuve la rente viagère intégrale à laquelle elle aurait droit. C'est ainsi qu'ont jugé les Cours de Rennes (6 novembre 1902), de Nimes (23 juin 1902), le Tribunal de la Seine (11 janvier 1902).

2° Une appendicite se déclare sous l'influence d'un effort :

Que l'effort ait été léger ou violent, on devra accorder au malade une indemnité proportionnelle à la durée de l'incapacité de travail.

3° Le traumatisme a porté dans une autre partie du corps que la fosse iliaque droite (cas de Delorme), on devra au malade une indemnité temporaire.

Nous voyons par là que dans aucun cas d'appendicite on n'accordera une indemnité permanente, appendicite qui se terminera ou par la mort, ou par la guérison de la crise qu'on peut imputer en partie au traumatisme.

CONCLUSIONS

I. — Le traumatisme ne crée pas une appendicite chez un individu sain.

II. — Le traumatisme peut aggraver des appendicites même en l'absence de signes antérieurs, car on sait qu'une appendicite, même fruste, peut laisser après elle des lésions anatomiques restant latentes pendant une période fort longue.

III. — Dans tous les cas où un ouvrier, à la suite d'un traumatisme, présentera des phénomènes d'appendicite on ne lui accordera qu'une indemnité temporaire.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 janvier 1908
Le Recteur,
BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 janvier 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

BIBLIOGRAPHIE

ANGHEL. — Pathogénie de l'appendicite. Thèse de Paris, 1896-1897.

BEAUSSENAT. — Appendicite expérimentale. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 305.

BROUARDEL. — Les blessures et les accidents du travail, 1906, Baillière, Paris.

CHAPON. — Thèse de Paris, 1900-1901, n° 480.

P. DELBET. — Pathogénie et traitement de l'appendicite. Archives générales de médecine, mars 1907.

DUBARRY. — Statistique d'appendicites. Thèse de Paris, 1900-1901, n° 520.

J.-B. DEAVER. — New-York med. journ , 15 juin 1907.

DELORME. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 24 juin 1896.

ERDHEIM. — Ueber Appendicitis und ihren Zuzammenhung mit Traumat. Wiener med. Presse, 1902, n° 32.

MLLE GORDON. — Appendicite chez l'enfant. Thèse de Paris, 1896-1897, n° 101.

GUINARD. — Appendicite. In traité Le Dentu et Delbet, tome VII.

HOFFMANN. — New-York, med. journal, septembre 1888, p. 268.

HENNING. — Deutsche med. Wochenschrift, 22 décembre 1904, pp. 1918 20.

HAME. — British med. journ, avril 1891.

JALAGUIER. — Traité de chirurgie Duplay et Reclus.

E. JEANSELME. — Typhlite et appendicite in Manuel de Médecine Debove et Achard, tome V, page 453, 1896.

JUNGST. — Trauma mit Appendicitis chronica, Beiträge fur Klinische Chir., tome XXXIV.

LEGUEU. — Monographies, 1897-98.

Jeanbrau et Anglada. — Traumatismes et appendicites. Revue de chirurgie, 1907, n° 7.

Lannelongue. — Leçons de clinique chirurgicale, 1905.

Monod et Vanverts. — Encyclopédie scientifique des aide-mémoire (Monographie), 1898.

Moriarta. — New-York med. Journal, octobre 1896, p. 546.

Macdonald. — Appendicitis et traumatisme. Médical Record, juin 1896.

Münsch. — En Fall von Appendicite Perforation in einen Schenkelbruch, Correspondenzblatt fur Schweize Aerzte, 1902, n° 8.

Moty. — Appendicite traumatique, Echo Médical du Nord, 1900.

Neumann. — Ueber Appendicitis und ihren Zuzammenhung mit Trauma. Archives de Langenbeck. T. LXII, 1900.

Ollive et Le Meignen. — Précis des accidents du travail. Paris, 1905.

Page. — Etude sur quelques cas d'appendicite. Lancet, octobre 1894.

Roux (de Lausanne). — Recherches sur le mécanisme de la perforation de l'appendice vermiforme. Congrès français de Chirurgie, Lyon, 1894, p. 213.

Roger et Josué. — Recherches expérimentales sur l'appendicite. Revue de médecine, n° 6, 10 juin 1896, p. 423.

— Appendicite expérimentale. Société médicale des hôpitaux, 31 janvier 1896, p. 79.

G. de Rouville. — Appendicite expérimentale. Presse médicale, 27 mai 1896, p. 251, n° 43.

Rinne. — Zur Frage der traumatischen Entstehung der Appendicitis. Deutsche med. Wochenschrift, 1904, n° 44.

Sonnenburg. — Pathologie und Therapie der Perityphlitis. Deutsch. Zeitsch. f. Chir. XXXVIII-2-3, p. 155.

— Deut. med. Wochenschr., 1901, n° 308, p. 649.

Schottmuller. — Epityphlitis traumatica, 1900.

Southam. — Appendicitis traumatic. Lancet, 25 nov. 1905, p. 1539.

Stern. — Ueber traumatische Entstehung der inneren Krankheiten. Iéna, 1900.

Société de Chirurgie de Paris, nos 11 et 12, 1907.

Talamon. — Appendicite et pérityphlite. Bibliothèque Charcot-Debove, 1892.

Tiplady. — Lancet, mars 1892, p. 524.

Vibert. — Les accidents du travail, 1906.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle a mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !